

通所介護事業所吉舎

# 重要事項説明書

社会福祉法人 優輝福社会

## 通所介護事業所吉舎 重要事項説明書

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 優輝福祉会
主たる事務所の所在地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
法人種別（法人名）	社会福祉法人
代表者	理事長 森重 利夫
電話番号	0824-43-3121

### 2. ご利用事業所

ご利用事業者の名称	通所介護事業所吉舎
指定番号	三次市 3471900559号
管理者	高下 孝二郎

所在地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
電話番号	0824-43-3110
定員	18人（介護予防通所サービス定員を含む）

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅において要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な通所介護を提供する。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"><li>・要介護者、要支援者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り、その居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。</li><li>・事業の実施に当たっては、関係市町・地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連帯を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</li></ul>

4. ご利用事業所の職員体制

令和6年 4月1日 現在

ご利用事業所の 従業者の職種	員数	勤務の態勢
管 理 者	1名	
生 活 相 談 員	2名以上	生活相談員、介護職員のうち常勤専従1名以上
看 護 職 員	2名以上	
機能訓練指導員	2名以上	
介 護 職 員	3名以上	生活相談員、介護職員のうち常勤専従1名以上
管 理 栄 養 士	1名	

5. 営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日 ただし、12月31日～1月3日までを除く。
提供時間	午前9時20分～午後4時20分
延長時間	利用時間12時間までとする。

6. 苦情解決の体制

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱（玄関に設置）での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

■苦情・虐待受付

窓口担当者 係長 重本 早苗  
 電話番号 0824-43-3110  
 FAX番号 0824-43-3335

■第三者委員

上杉千恵美 電話番号（0824-73-0559）歌手  
 奥 易之 電話番号（0824-88-2548）無職  
 宮崎 文隆 電話番号（0824-66-2317）団体役員

公的機関においても、次の機関に苦情及び虐待の申し出等ができます。

市町村介護保険相談窓口 三次市福祉事務所 高齢者福祉課 (介護保険係)	所在地 三次市十日市中2丁目8番1号 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご連絡先 電話 0824-62-6387 FAX 0824-62-6285
市町介護保険相談窓口 庄原市 高齢者福祉課 介護保険係	所在地 庄原市中本町一丁目10-1 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご連絡先 電話 0824-73-1167 FAX 0824-75-0245
市町介護保険相談窓口 府中市 健康福祉部 長寿支援課	所在地 府中市広谷町919-3 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご連絡先 電話 0847-40-0222 FAX 0847-45-5522
広島県国民健康保険連合会 (国保連) 介護保険課	所在地 広島市中区東白島町19番49号国保会館 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時30分 ご連絡先 電話 082-554-0783 FAX 082-511-9126

\* 苦情があった場合の対応手順

苦情があった場合は、担当者がご利用者及びサービス事業者や関係機関と調整し、速やかに対応します。

7. 事故発生時の対応

万一、事故が発生した場合は、家族、居宅介護支援事業者、市町に連絡を行う等必要な措置を講じると共に、速やかに損害賠償を行います。但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者のかかり つけ医療機関	医療機関の名称	
	主治医名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (1)	氏名	
	住所	
	電話番号	
	携帯番号	

緊急連絡先 (2)	氏名	
	住所	
	電話番号	
	携帯番号	

## 9. サービスの概要

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下のとおりです。

- (1) 送迎サービス
- (2) 健康チェック
- (3) 入浴サービス
- (4) 食事サービス
- (5) 生活指導
- (6) 日常動作訓練
- (7) レクリエーション
- (8) 時間延長サービス
- (9) 個別機能訓練
- (10) 栄養マネジメント
- (11) 口腔機能改善・向上
- (12) 運動機能向上（介護予防のみ）

### \* サービス提供上の留意事項

- ① サービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。  
 なお、次に掲げる行為は、適切にサービスを提供する妨げとなりますので、禁止行為とさせていただきます。
  - ア 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
  - イ 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
  - ウ 職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

### \* 通所介護計画

- ① 当事業所では、あなたの心身の状況や御希望、環境を踏まえて、機能訓練などの目標、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した通所介護計画を作成します。
- ② この通所介護計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、それに沿って作成するものとします。

**\* 担当の職員**

あなたの担当の当事業所職員は、以下の通りです。

生活相談員	(	)
看護職員	(	)
介護職員	(	)
機能訓練指導員	(	)
上記の責任者は ( ) です。		

職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

**\* 担当職員の変更**

- ① あなたはいつでも担当職員の変更を申し出ることができます。その場合、当事業所では代替りの職員がいないなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業所では、担当職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

\* 利用料

【介護予防通所サービス費】（1ヶ月あたり）

サービス内容略称	1割負担 単位	2割負担 単位	3割負担 単位	備 考
<input type="checkbox"/> 予防通所サービス費 要支援1	1,798	3,596	5,394	
<input type="checkbox"/> 予防通所サービス費 要支援2	3,621	7,242	10,863	
<input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算 要支援1	-376	-752	-1,128	
<input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算 要支援2	-752	-1,504	-2,256	
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算	基本単位 -47	基本単位 -94	基本単位 -141	片道
<input type="checkbox"/> 生活機能向上グループ活動加算	100	200	300	
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	200	400	600	
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	300	450	
<input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算	480	960	1,440	
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅲ（1）	24	48	72	
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅲ（2）	48	96	144	
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	40	80	120	
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0% 1月につき +所定単位×90/1000			

※サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

【地域密着型通所介護費】（1日あたり）

サービス内容略称	1割負担 単位	2割負担 単位	3割負担 単位	備考
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1（時減：2時間以上3時間未満）	305	610	915	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2（時減：2時間以上3時間未満）	351	702	1,053	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3（時減：2時間以上3時間未満）	396	792	1,188	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4（時減：2時間以上3時間未満）	440	880	1,320	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5（時減：2時間以上3時間未満）	487	974	1,461	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1（3時間以上4時間未満）	416	832	1,248	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2（3時間以上4時間未満）	478	956	1,434	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3（3時間以上4時間未満）	540	1,080	1,620	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4（3時間以上4時間未満）	600	1,200	1,800	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5（3時間以上4時間未満）	663	1,326	1,989	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1（4時間以上5時間未満）	436	872	1,308	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2（4時間以上5時間未満）	501	1,002	1,503	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3（4時間以上5時間未満）	566	1,132	1,698	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4（4時間以上5時間未満）	629	1,258	1,887	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5（4時間以上5時間未満）	695	1,390	2,085	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1（5時間以上6時間未満）	657	1,314	1,971	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2（5時間以上6時間未満）	776	1,552	2,328	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3（5時間以上6時間未満）	896	1,792	2,688	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4（5時間以上6時間未満）	1,013	2,026	3,039	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5（5時間以上6時間未満）	1,134	2,268	3,402	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1（6時間以上7時間未満）	678	1,356	2,034	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2（6時間以上7時間未満）	801	1,602	2,403	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3（6時間以上7時間未満）	925	1,850	2,775	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4（6時間以上7時間未満）	1,049	2,098	3,147	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5（6時間以上7時間未満）	1,172	2,344	3,516	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護1（7時間以上8時間未満）	753	1,506	2,259	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護2（7時間以上8時間未満）	890	1,780	2,670	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護3（7時間以上8時間未満）	1,032	2,064	3,096	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護4（7時間以上8時間未満）	1,172	2,344	3,516	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護5（7時間以上8時間未満）	1,312	2,624	3,936	



<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 1 (8 時間以上 9 時間未満)	783	1,566	2,349	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 2 (8 時間以上 9 時間未満)	925	1,850	2,775	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 3 (8 時間以上 9 時間未満)	1,072	2,144	3,216	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 4 (8 時間以上 9 時間未満)	1,220	2,440	3,660	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 5 (8 時間以上 9 時間未満)	1,365	2,730	4,095	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護 (9 時間以上 10 時間未満)	8H9H 単位 + 50	8H9H 単位 + 100	8H9H 単位 + 150	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護 (10 時間以上 11 時間未満)	8H9H 単位 + 100	8H9H 単位 + 200	8H9H 単位 + 300	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護 (11 時間以上 12 時間未満)	8H9H 単位 + 150	8H9H 単位 + 300	8H9H 単位 + 450	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護 (12 時間以上 13 時間未満)	8H9H 単位 + 200	8H9H 単位 + 400	8H9H 単位 + 600	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護 (13 時間以上 14 時間未満)	8H9H 単位 + 250	8H9H 単位 + 500	8H9H 単位 + 750	
<input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算	基本単位 -94	基本単位 -188	基本単位 -282	
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算 (I)	40	80	120	
<input type="checkbox"/> 中重度者ケア体制加算	45	90	135	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算定 (I) イ	56	112	168	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算定 (I) ロ	76	152	228	
<input type="checkbox"/> 認知症加算	60	120	180	
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	60	120	180	
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	200	400	600	1 回につき月 2 回を 限度
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (I)	150	300	450	1 回につき月 2 回を 限度
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算	基本単価 -47	基本単価 -94	基本単価 -141	片道
<input type="checkbox"/> 短期利用療養通所介護費	1,335	2,670	4,005	
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	1 月につき 40	1 月につき 80	1 月につき 120	
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅲ	6	12	18	
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0% 1 月につき +所定単位×90/1000			

※サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

- 交通費  必要ありません。（サービス地域：三次市、庄原市、府中市）  
 1キロ38円です。（境界域（圏域）を超えた所からご利用者宅までの往復距離に38円/kmを計算する）
- 食費  1日あたり600円です。
- 洗濯代  1回あたり100円です。
- オムツ代  実費です。
- 材料費  実費です。

① 通所介護サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割～3割をお支払いいただきます。

但し、保険料の滞納等により、市（三次市・庄原市等）からの保険給付金が直接事業者を支払わない場合があります。その場合は、一旦1月当たりの利用料の全額をお支払い頂き、「サービス提供証明書」を発行致します。後日最寄りの市の介護保険係の窓口はこの証明書を提出しますと、差額（9割～7割）の払い戻しを受けることが出来ます。

② 提供を受ける通所介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

③ 当事業所では、あなたに対し毎月末日までにサービスの提供日、計画書を送付します。

④ 毎月の利用料は、翌月20日までに自動引き落としか払い込みの方法でお支払いください。

\* 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

【説明確認欄】

説明年月日 令和 年 月 日

当事業者（乙）は、利用者に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、利用者、利用者の家族に対して、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙）居宅サービス事業者

事業者名	社会福祉法人 優輝福祉会	
事業者住所	広島県三次市吉舎町吉舎606番地	
事業所名	通所介護事業所 吉舎	
代表者氏名	理事長 森重 利夫	印

説明者	職種	
氏名	氏名	印

私（甲）は、重要事項説明書に基づいて、居宅サービス事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

（甲1）利用者	住所	
	氏名	印

（甲2）利用者の家族	住所	
	氏名	印

（続柄： ）